

**PERCEPCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL
SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

NAVARRO ÁLVAREZ FERNANDO ANTONIO

VEGA MORA JOSÉ FERNANDO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2017

**PERCEPCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL
SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

NAVARRO ÁLVAREZ FERNANDO ANTONIO

VEGA MORA JOSÉ FERNANDO

Trabajo de grado para optar título de Enfermeros

Mag. CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA. Asesora temática

PhD. ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO. Asesor metodológico

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA- CÓRDOBA

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del jurado

Montería, ----- Noviembre de 2017

A Dios

Por ser mi guía y brindarme la oportunidad de hacer este sueño realidad, ser mi luz y el principal soporte a lo largo de esta profesión y de la vida, sin él nada sería posible

A mis amadas madres

Olga Mora Pacheco, María pacheco Guerra que con su esfuerzo, amor y dedicación, estuvieron conmigo en este largo proceso de desarrollo personal y profesional. Que con su confianza, apoyo contribuyeron a que todo este proceso culmine hoy. Esto es solo el comienzo de un largo camino que falta por recorrer gracias por todo.

A todos mis compañeros

En los que encontré un apoyo en momentos difíciles y aprendí de cada uno de ellos la valentía, dedicación para seguir adelante...

José Fernando Vega Mora

A Dios

Por ser mi guía y mi apoyo incondicional, por acompañarme en todos los momentos difíciles y de alegría, sin él no estaría donde estoy ahora mismo y sin él nada sería posible, gracias por permitir hacer uno de muchos sueños realidad.

A mi familia

A mis padres Luis Fernando Navarro, Vilma Patricia Mejía a mis hermanos Luis Andrés Navarro y José Ángel Navarro y demás familiares que fueron mi apoyo y mis guías durante todo este proceso de formación, quiero decirles que este es solo un paso más en mi vida y que faltan muchos triunfos por venir. Gracias por todo.

A todos mis compañeros

En los que en algún momento determinado me brindaron su ayuda y su apoyo incondicional frente a cualquier acontecimiento.

Fernando Antonio Navarro Álvarez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por darnos la vida y por guiarnos en este proceso de desarrollo personal y profesional, por ayudarnos a cumplir lo que ayer sentimos lejos ya es hoy una realidad cumplida; que tan solo es el primer paso a todos nuestros sueños.....

A nuestros padres, familia y amigos. A nuestra docente y asesora temática Concepción Elena Amador Ahumada una mujer que demuestra el amor hacia sus estudiantes cada día sin importar las circunstancias quien con su paciencia, motivación, comprensión, y tiempo brindado en la elaboración del presente trabajo contribuyo de forma significativa en la culminación de un gran sueño tan anhelado y Álvaro Antonio Sánchez Caraballo nuestro docente y asesor metodológico, por su dedicación, correcciones, motivación y conocimientos brindados hicieron posible la realización de este logro. Al resto de docentes del programa de Enfermería de la universidad de Córdoba por sus enseñanzas, conocimientos y ser nuestra guías incondicionales en nuestra formación profesional y personal; y a todos aquellos que incondicionalmente nos han apoyado a lo largo de todo este camino.

Al escenario del estudio IPS IMAT-Oncomédica. S.A

Gracias a las pacientes por abrirnos espacios de su tiempo y compartir con nosotras esta linda experiencia.

Dios los bendiga

Jose Fernando Vega Mora

Fernando Antonio Navarro Álvarez

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	11
SUMMARY	12
INTRODUCCIÓN	13
1. OBJETIVOS	16
1.1. GENERAL.....	16
1.2. ESPECÍFICOS.....	16
2. REFERENTE TEÓRICO	17
2.1 MARCO TEÓRICO	17
2.1.2 Cuidados paliativos	17
2.1.3 Percepción del paciente oncológico	19
2.1.4 Problemas que afectan a la familia y cuidador del Paciente Oncológico en etapa terminal	19
2.2 MARCO REFERENCIAL	20
2.3 MARCO LEGAL	22
3. DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO	23
3.3 POBLACIÓN.....	23
3.3.1 Muestreo	23

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	24
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
3.5.1 Criterios de inclusión	24
3.5.2 Criterios de exclusión	24
3.6 SUJETOS DE ESTUDIO	24
3.7 MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
3.7.1 Instrumento	25
3.7.2 Procedimiento	26
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	27
3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	27
3.10 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL	28
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL.....	29
4.1.1 Caracterización clínica de los sujetos de estudio.....	32
4.2 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL Y SU NIVEL DE ACEPTACIÓN.....	36
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
6. CONCLUSIONES.....	49
7. RECOMENDACIONES	50
8. BIBLIOGRAFIA	51

RESUMEN

Introducción. En 2015 el cáncer ocasionó 8,8 millones de defunciones. Siendo ésta la causa de casi una de cada seis defunciones en el mundo **Objetivo.** Describir la percepción de los pacientes oncológicos sobre los cuidados paliativos recibidos en etapa terminal. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal, de enfoque cualitativo, prospectivo. La muestra fueron 12 pacientes oncológicos en etapa terminal mayores de edad, hospitalizados en el instituto médico de alta tecnología, en un periodo del 26 de septiembre al 27 de octubre de 2017, a quienes se les aplicó un instrumento tipo entrevista estructurada que contiene dos partes; en la primera se realiza la caracterización sociodemográfica de la muestra y la segunda contiene las percepciones de los pacientes. **Resultados.** Los pacientes oncológicos en etapa terminal sujetos de estudio mayormente fueron de sexo masculino con 58,33% y en edades entre 23 y 43 años de edad con 41%, respecto al tiempo de diagnóstico el mayor resultado fue 33,3% para 37 meses y más, rescatando que un 25% llegó a esta condición en menos de un mes, primando el cáncer en el sistema digestivo con un 33,3%, se profesaba la religión católica en un 75%, el nivel de aceptación en cuanto al alejamiento de las labores cotidianas fue de nada con 66,6% y frente al acceso a zonas íntimas fue de nada con 58,3%. **Conclusión.** La percepción frente a los cuidados paliativos de los pacientes depende en gran parte de la edad, por ser jóvenes hay un deseo más fuerte de disfrutar la vida y superar la enfermedad.

Palabras clave: percepción, cuidados paliativos, cáncer.

SUMMARY

Introduction. In 2015, cancer caused 8.8 million deaths. This being the cause of almost one out of every six deaths in the target world. **Objective.** Describe the perception of cancer patients about palliative care received in the terminal stage. **Methodology.** Descriptive cross-sectional study, with a qualitative, prospective approach. the sample consisted of 12 terminally ill oncological patients of legal age, hospitalized in the high-tech medical institute , in a period from September 26 to October 27, 2017, to whom a structured interview instrument containing two parts was applied; in the first, the sociodemographic characterization of the sample is carried out and the second contains the perceptions of the patients. **Results.** The terminally-oncological patients under study were mostly male with 58.33% and aged between 23 and 43 years old with 41%, with respect to the time of diagnosis the highest result was 33.3% for 37 months and more, rescuing that 25% came to this condition in less than a month, with cancer in the digestive system prevailing at 33.3%, the catholic religion was professed at 75%, the level of acceptance regarding the removal of daily work was nothing with 66.6% and compared to access to intimate areas was nothing with 58.3%. **Conclusion.** The perception of patients palliative care depends in large part on their age, being young, there is a stronger desire to enjoy life and overcome the disease.

Keywords: perception, palliative care, cancer.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer, "como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo"¹. A nivel global, las investigaciones según la Organización Mundial de la Salud, "en 2015 el cáncer ocasionó 8,8 millones de defunciones. Siendo ésta la causa de casi una de cada seis defunciones en el mundo"².

En Estados Unidos, "el índice general de mortalidad por cáncer ha disminuido desde principios de 1990. El más reciente Informe anual sobre el estado del cáncer, publicado en marzo de 2015, muestra que entre 2002 y 2011, los índices de muertes por cáncer disminuyeron en: 1,8 por ciento por año en hombres; 1,4 por ciento por año en mujeres; 2,1 por ciento por año en niños de 0 a 14 años de edad; 2,3 por ciento por año en niños de 0 a 19 años de edad"³.

En Colombia Según estudios Cáncer "es un problema de salud pública en aumento, que representa repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas, las estadísticas en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer. El mayor número de muertes se presentan en cáncer de estómago con 14,9%, pulmón 12,3%"⁴.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Cáncer, datos y cifras. [En línea]. Marzo 14 de 2016. [Febrero 12 de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>

² *Ibíd.*, p.2.

³ Instituto Nacional del Cáncer (NIH), Estadísticas del Cáncer. [En línea]. [Febrero 12 de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. [En línea]. 15 de mayo de 2015 [Febrero 12 de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf>

También se debe considerar lo divulgado en 2016 por American Cancer Society⁵, donde la tasa de supervivencia en Estados Unidos en un tiempo estimado de 5 años después del diagnóstico de cáncer en las diferentes etapas, en cáncer de seno en etapa I es casi de 100% y en etapa IV es de 22%, estómago en etapa I 64% y etapa IV 4%, pulmón en etapa I 45% y etapa IV 1%.

Uno de los roles de enfermería es la oferta de cuidados paliativos, implica “ayudar a los seres humanos a morir en paz”⁶. Este cuidado se brinda de modo habitual en el hogar; al respecto existe “consenso en cuanto a los factores que afectan a la calidad de vida en fase terminal: entre ellos se incluyen aspectos emocionales, espirituales, de comunicación entre los participantes del proceso y los relativos al control personal”⁷; al respecto Rodríguez ha publicado que:

en el ejercicio del cuidado de los pacientes oncológicos en etapa terminal, es importante conocer los cambios en el estado mental, resaltando entre estos las creencias, entendida como, la forma de percibir el mundo que nos rodea y las que junto a los valores se constituyen en la principal motivación, siendo las que gobiernan el cerebro y hacen posible la acción. La fuente primaria de donde provienen las creencias es el ambiente que rodea a las personas desde su nacimiento y todos los entornos en los que se vive y desarrolla el ser humano⁸.

En la práctica clínica se evidencia que, cuando el paciente es dado de alta de un centro de atención hospitalario para seguir su tratamiento en casa, es sometido a limitaciones dietéticas a causa de las órdenes médicas y personales por estar

⁵ American Cancer Society. Tasa de supervivencia. [En línea]. [5 de mayo 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>

⁶ BERMEJO H, José y VILLACIEROS D, Marta. Componentes de la esperanza en situación de terminalidad. Estudio de desarrollo de una escala de medida. [En línea]. Ronda de Sant Pere, 19-21, 4º 5ª. Barcelona: Gerokomos. 2016. [Citado el 5 de marzo de 2017]. Disponible en : http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n3/03_originales2.pdf

⁷ *Ibíd.*, p.1.

⁸ RODRÍGUEZ R, José y SALAS G, Tania. Creencias de los escolares de educación primaria sobre los efectos del consumo de tabaco: investigación. [En línea]. C.P. 06725, Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016. [Citado 5 de marzo de 2017]. Disponible en : http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/79/124

contraindicados algunos alimentos; al respecto el equipo investigador la forma en que los enfermos en fase terminal por cáncer perciben los cuidados que les brinda su familia y la IPS. “Solamente alrededor del 14% de las personas que necesitan cuidados paliativos en el mundo reciben estos servicios”⁹.

La presente investigación pretende resolver la pregunta de investigación: ¿Cómo perciben los pacientes oncológicos, los cuidados paliativos que se brindan en la etapa terminal?, lo que se busca es caracterizar las variables que estos presentan, teniendo en cuenta la postulación sobre las creencias.

Los resultados evidencian la necesidad del profesional de enfermería de conocer las diferentes alternativas que se pueden brindar, pero sobre todo es de importancia práctica saber el grado de aceptación que pueden tener y el beneficio que estos cuidados proporcionan al paciente desde su propia perspectiva individual. El rol del profesional de Enfermería cumple un papel importante en asocio con los cuidadores familiares al proporcionar los cuidados que el paciente necesita para estar cómodo, y tranquilo en las etapas finales de su vida, ayudando a que los últimos días de vida transcurran de manera habitual en el medio que él vive.

El estudio trajo un beneficio tanto para el profesional de enfermería como para la población objeto de investigación, ya que al analizar las percepciones dichas por los pacientes se obtuvo información que ayudó a intervenir de manera humanizada a la población que sufre la enfermedad, este trabajo contiene alineamientos que mejoran la calidad de vida y la proporción de los cuidados.

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Op.cit, p.5.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Describir la percepción de los pacientes oncológicos sobre los cuidados paliativos recibidos en etapa terminal.

1.2. ESPECÍFICOS

Caracterizar socio – demográficamente los pacientes oncológicos en etapa terminal.

Clasificar según nivel de aceptación los aspectos del cuidado paliativo (analgesia, dieta, sociabilidad, o cuidados instrumentales y cuidados personales).

Relacionar la percepción sobre los cuidados paliativos con nivel académico y cultural de los pacientes.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

El cáncer como experiencia vital tiene elementos comunes a nivel universal, pero su percepción y afrontamiento es altamente individual, su vivencia y respuesta a la misma es única. El cáncer se “caracteriza por la presencia de múltiples síntomas, causas multifactoriales y cambiantes, que provocan un alto impacto social y espiritual, no solo en los pacientes si no en las personas a ellos vinculadas por razones familiares”¹⁰.

2.1.2 Cuidados paliativos

El ultimo concepto planteado por la OMS, establece que “es la asistencia que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”¹¹.

La OMS destaca como objetivo de los cuidados paliativos: alivian el dolor y otros síntomas angustiantes, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo, utilizan un enfoque de equipo

¹⁰ SARMIENTO, María Inés EL CUIDADO PALIATIVO: En: Revista Salud Bosque Volumen. 1 Número 2; p.17-18

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Op.cit, p.3.

para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.

Se entienden de estos que ayudan a mejorar la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad, pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas.

Según la filosofía del cuidado paliativo “se basa en el respeto a la calidad de vida, la autonomía y la dignidad del paciente al final de la vida mediante un adecuado manejo clínico y emocional y no comparte posturas radicales como la eutanasia o el suicidio asistido. Su desarrollo en el mundo es desigual y se destaca en países industrializados. En Colombia hay algunos avances, aunque todavía está lejos de atender las necesidades”¹².

Se considera al paciente oncológico en cuidado paliativo a la persona que padece cáncer, “cuya curación no es posible, y su enfermedad tiene un significado amenazador para el individuo, presentándose como riesgo prematuro de muerte, interrumpiendo su trayectoria de vida, alterando su visión del mundo, exigiendo del portador de la enfermedad fuerza y creatividad para soportar los cambios, muchas veces drásticos, en su estilo de vida”¹³.

¹² SARMIENTO, Op.cit., p.19.

¹³ VANEGAS, María. Especialista en enfermería oncológica. Bogotá, D, c. 2008, p. 17. Atención de enfermería al familiar cuidador primario del paciente oncológico en cuidado paliativo. Pontificia universidad javeriana. Facultad de enfermería.

2.1.3 Percepción del paciente oncológico

Las decisiones tomadas por el paciente son basadas en la percepción, “es un proceso activo-constructivo en el que perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia de aprendizaje”¹⁴. Es relevante incluir “la percepción de los pacientes sobre el cuidado de enfermería es fundamental, refleja la satisfacción que es uno de los indicadores importantes del proceso de atención en salud”¹⁵.

2.1.4 Problemas que afectan a la familia y cuidador del Paciente Oncológico en etapa terminal

Debido al impacto psicosocial que genera un cáncer terminal la familia atraviesa por un periodo altamente estresante. Se evidencian sus necesidades de adaptación, comunicación, información, distribución de responsabilidades, y problemas económicos, que son factores que alteran la estabilidad de la familia, además de las preocupaciones relativas al cuidado del paciente. “También tiene muchos temores y ansiedades acerca de que va a pasar, de cómo, cuándo y que ayuda va a tener disponible para afrontar las diferentes situaciones” Un estudio concluye que los cuidadores que experimentan cansancio físico y emocional tienen mayor riesgo de morir”¹⁶.

¹⁴ NEISSER, Ulric. percepción en escolares adolescentes. [En línea]]. Relamiese de pguardio, 1-2, 7ª. Barcelona: Gisonloimos. 2013. [Citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en : <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

¹⁵ TORRES, Claudia y BUITRAGO, Marcela. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS. En: CUIDARTE. Vol., 2 No.1 (sept-2011); p.139.

¹⁶ BEJARANO, Pedro y DE JARAMILLO Isa. Morir con Dignidad, Fundamentos de Cuidados Paliativos, Fundación Omega, Bogotá,(agot- 2011), p 292

2.2 MARCO REFERENCIAL

Para comprender mejor la percepción del paciente acerca de su enfermedad y sobre los cuidados paliativos que se le brindan, se tiene que revisar primeramente el concepto que tiene sobre la palabra cáncer, ¿qué es lo primero que le viene a la mente al escuchar este término?

Según un estudio realizado en Colombia, en el año 2014, encontraron que “el cáncer es representado como la MUERTE; se cobra una vida tras otra de manera inclemente, no pregunta, no pide permiso; como la muerte... acecha y caza con éxito. Ese es el significado social del cáncer y por ello, la sola idea de tenerlo genera temor y una disposición hacia la protección y el cuidado de quien lo tiene¹⁷.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, y conociendo el significado social acerca del cáncer es necesario un trato más humanizado e integral no solo por parte del equipo interdisciplinario de salud sino también por parte de los familiares quienes están la mayor parte del tiempo en compañía del paciente, en base a una experiencia cercana con la enfermedad, Giraldo hace una invitación en su escrito “futuro profesional de enfermería no permitas que la rutina te invada, más bien trata de vivir cada experiencia de vida como única, recordando que todos los seres humanos merecemos ser respetados y comprendidos para sobrellevar la incertidumbre generada por una enfermedad”¹⁸.

En el momento en que el paciente es trasladado a su domicilio para continuar con el tratamiento y cuidados paliativos, que es entendido según López como “el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, donde el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial una evaluación completa de las

¹⁷ PALACIOS-ESPINOSA, Ximena y ZANI, Bruna. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Divers.: Perspect. Psicol*, vol.10, n.2 (oct - 2014)., p162

¹⁸ GIRALDO T, Jenny. Enfermedad y muerte: un duro camino para vivir. *Invest. educ. enferm.*, vol.26, n.2 (Ago - 2008), p.162-167.

necesidades biopsicosociales, determinando así el manejo más apropiado al paciente en el final de la vida”¹⁹. El nivel de atención es mucho más exigente y requiere un mayor grado de responsabilidad, López señala en su estudio, “los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados intensivos que requieren un sentido de urgencia, atención al detalle, deben centrarse en las necesidades del paciente y de su familia y deberán ser biológicamente adecuados con poca tecnología y mucho tacto”²⁰.

De igual manera Tamara²¹, da su punto de vista acerca de los cuidados paliativos domiciliarios exigen disponibilidad permanente, conocimientos científicos adecuados, actualizados y humanizados, y condiciones socio-familiares y sanitarias propicias para lograr la atención de todas las necesidades del paciente que se acerca al final de su vida. Se basa en proveer alivio del dolor y otros síntomas, afirma la vida y entiende el morir como un proceso normal, y ofrece un sistema de apoyo para ayudar a las familias a manejar la enfermedad del paciente y su propio duelo.

Según Tamara²², existen estudios que demuestran la preferencia de los pacientes y las familias de permanecer en su domicilio hasta la muerte, alcanzando buenos niveles de calidad de vida en la atención domiciliaria.

¹⁹ LOPEZ SANCHEZ, Juan Rafael. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. Rev. Cienc. Salud. 2016, vol.14, n.1(Nov – 2016)., pp.53-61.

²⁰ *Ibíd.*, p.8

²¹ TAMARA, Liliana M. Estudio de cohorte descriptiva de los pacientes terminales atendidos médicamente en su domicilio en Bogotá. 2008-2012. Rev. colomb. anestesiología. . 2014, vol.42, n.2

²² *Ibíd.*, p.101

2.3 MARCO LEGAL

Teniendo en cuenta los aspectos legales de este estudio a realizar, se trae a consideración las normativas vigentes en el país.

El objeto de la Ley 1733 de 2014 mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Decretada en el congreso de la república. Está en el Artículo 1 reglamenta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente.

Resolución 1216 del 20 de abril de 2015 la cual da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T- 970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

Resolución 1416 de 2016 a la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014. Dice que los procesos prioritarios tienen que tener unos criterios; los servicios donde se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se determine el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuentan con la correspondiente guía de práctica clínica. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 1417 del 22 de abril de 2016 el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio “descriptivo transversal, de enfoque cualitativo y cuantitativo, prospectivo”²³.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

El escenario del estudio es la IPS IMAT-Oncomédica, que atiende a pacientes con cáncer procedentes de Córdoba, Sucre y Urabá Antioqueño; presta los servicios de diagnóstico, tratamiento ambulatorio, hospitalario y cuidados paliativos a enfermos en etapa terminal de cáncer.

3.3 POBLACIÓN

Los pacientes oncológicos en etapa terminal que son atendidos en la entidad, en el servicio de hospitalización para recibir cuidados paliativos.

3.3.1 Muestreo

El muestreo será no probabilístico, por conveniencia.

²³ HERNANDEZ A, Mauricio y LOPEZ L, Sergio. Diseño de estudios epidemiológicos. [En línea]. Salud pública Méx vol.42 n.2 Cuernavaca. [Citado el 5 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000200010#cuadro2

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis del estudio es la percepción del paciente en etapa terminal sobre los cuidados paliativos que recibe de Enfermería.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes oncológicos en etapa terminal ingresados en el servicio de cuidados paliativos hospitalizados en la IPS.
- Mayores de 18 años.
- Conscientes y en capacidad funcional de responder la entrevista.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Paciente que un familiar se oponga a ser parte de la investigación
- Pacientes que se encuentren sin acompañante o testigos
- Pacientes no informados de su condición física
- Pacientes que no tienen integridad de su sistema vocal y auditivo.

3.6 SUJETOS DE ESTUDIO

Los pacientes oncológicos en etapa terminal.

3.7 MATERIALES Y MÉTODOS

Para caracterizar socio – demográficamente a los sujetos de estudio e identificar las percepciones de los pacientes oncológicos se aplicó una entrevista semi estructurada directamente al paciente, en un periodo comprendido entre el 26 de septiembre y el 27 de octubre de 2017.

3.7.1 Instrumento

Se utilizó un instrumento tipo entrevista semi estructurada que contiene dos partes; en la primera se realiza la caracterización sociodemográfica de la muestra, contiene datos sobre edad, sexo, fecha de diagnóstico, cáncer primario, estrato social, estado civil, religión, escolaridad, servicio de hospitalización.

La segunda parte contiene las percepciones de los pacientes; las cuales se investigarán con preguntas abiertas que permitirán al paciente expresar su sentir; el entrevistador califica el nivel de aceptación del cuidado en tres categorías “mucho” “poco”, y “nada”; la entrevista será grabada en audio previo consentimiento informado del sujeto para esta actividad. Ver anexo A.

El instrumento fue diseñado por los autores, se le hizo validación facial mediante la valoración de la capacidad del instrumento para el cumplimiento del objetivo; actuaron como validadores 4 expertos y se realizó calibración del mismo mediante prueba piloto aplicada a pacientes crónicamente enfermos en sus hogares; los hallazgos de esta etapa permitieron ampliar las opciones a utilizar en la caracterización socio-demográfica. El diligenciamiento de acuerdo con la prueba se realiza de 7 a 10 minutos lo cual permite un espacio de tiempo suficiente al paciente para compartir sus experiencias y percepciones en relación con los cuidados paliativos.

Debido al enfoque cualitativo la muestra se tomó hasta en vencimiento del término de tiempo previsto; esto hasta que las respuestas se hicieron muy repetitivas; condición que implicó que se ha había logrado el punto de saturación y obligó a suspender la entrevista.

3.7.2 Procedimiento

Con las grabaciones se realizó el siguiente proceso: luego de la escucha repetida, 1) se seleccionarán los contenidos semánticos de interés, 2) se agruparán por similitudes de contenidos semánticos en una hoja de Excel y 3) se procederá al análisis documentado para categorizar las ideas y obtener los temas, basados en las respuestas del paciente a 4 preguntas abiertas o no estructuradas.

1. ¿Está de acuerdo con las horas de sueño?:
2. ¿Le gustaría que eliminaran algunas restricciones dietarías?:
3. ¿Acepta usted las situaciones propias de su vida actual?
4. ¿Se le proporciona bienestar?:

En cuanto a los aspectos del cuidado paliativo más/menos aceptados por los pacientes (analgesia, dieta, sociabilidad, o cuidados instrumentales y cuidados personales) estos se obtendrán de las calificaciones realizadas sobre el grado de aceptación de cada uno de los cuidados se procederá de manera similar hasta obtener las categorías y temas contenidos en las expresiones semánticas.

El instrumento tiene tres partes, la primera permite identificar las características sociales y demográficas del paciente; la segunda mide las percepciones del paciente en seis aspectos que son analgesia, dieta, sociabilidad, cuidados instrumentales, cuidados personales, estrategias que favorecen la calidad de vida.

Cada aspecto contiene una serie de afirmaciones que miden la posible percepción, y se califica en tres niveles de aceptación “mucho”, “poco” y “nada”;

para efectos de la medición las categorías poco y nada se categorizaran como “percepción negativa” y la categoría “mucho” como percepción positiva.

La tercera parte contiene 4 preguntas abiertas que miden la aceptación de las acciones de enfermería en la hospitalización; los resultados de estas preguntas serán sistematizados siguiendo los métodos cualitativos...

Con respecto a las percepciones y creencias de los pacientes, éstas se extrajeron de las grabaciones siguiendo el mismo proceso, pero enfocados en el contenido lingüístico que exprese la creencia.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Los resultados se organizaron según las categorías y temas, indicando los hallazgos con su correspondiente interpretación.

Se analizó de forma cualitativa debido al enfoque de la investigación. Se presentará en texto libre de manera descriptiva indicando en palabras las relaciones entre los contenidos.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Según la Resolución 8430 de 1993, artículo 11, inciso “a”, esta es una “investigación sin riesgo” debido a que no se realizará ninguna intervención sobre el paciente; se respetarán los principios éticos de veracidad, confidencialidad, participación voluntaria e informada; el participante potencial podrá aceptar o negar su participación y/o la grabación en audio. Ver Anexo B

3.10 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Los resultados del estudio son propiedad intelectual del equipo de investigadores formado por los estudiantes, Fernando Antonio Navarro Álvarez, José Fernando Vega Mora y su directora temática e investigadora principal, Concepción Elena Amador Ahumada, asesor metodológico Álvaro Antonio Sánchez Caraballo quienes podrán de manera autónoma proceder a la publicación de los resultados siempre con el debido crédito al equipo investigador.

La Universidad de Córdoba está facultada para publicar los hallazgos en la Biblioteca Central y en las revistas que sean consideradas por los docentes participantes, siempre con el respectivo reconocimiento del trabajo de los estudiantes.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL.

Tabla 1. Edad de los pacientes oncológicos en etapa terminal

Edad en años	Nº	%
23- 43	5	41,6
44-64	1	8,3
65-85	4	33,3
86 y más	2	16,6
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

La distribución de edad de los pacientes en etapa terminal que reciben cuidados paliativos en la IPS IMAT Oncomédica permite identificar que 41,6% se encuentran entre 23 y 43 años, seguido de 33,3% entre 65 y 85 años, 16,6% entre 86 años y más, y por último en menor cantidad con un 8,3% pacientes entre 44 y 64 años.

Al analizar la información relativa a la edad de los pacientes en etapa terminal se observa que la mayoría de ellos son individuos mayores de 44 años seguido en grupo de frecuencia por el grupo de adulto joven.

Tabla 2. Sexo de los pacientes oncológicos en etapa terminal

Sexo	Nº	%
Masculino	7	58,33
Femenino	5	41,6
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

Con respecto al sexo de los pacientes oncológicos hospitalizados en la IPS, se observa que predomina el sexo masculino con 58,33% mientras que el sexo femenino cuenta con 41,6% del total de la población encuestada.

Al analizar esta información se observa que la mayor parte de la población que se encuentra hospitalizada en la IPS y que está recibiendo cuidados paliativos es la masculina.

Tabla 3. Estado civil de los pacientes oncológicos en etapa terminal

Estado civil	Nº	%
Casado	3	25,0
Soltero	4	33,3
Viudo	3	25,0
Unión libre	2	16,6
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

En cuanto al estado civil de los pacientes sujetos de estudio se encuentra que 33,3% de ellos están solteros, seguido de 25,0% casados, con el mismo porcentaje están los pacientes viudos y por último con 16,6% se encuentran los pacientes en unión libre.

Al analizar los resultados sobre el estado civil de los pacientes, se observó que la mayoría de estos se encuentran solteros, seguidos de casados y viudos que presentan igualdad de porcentajes y en menor número los que están en estado de unión libre. Es de interés anotar que solo el 41,6% de los enfermos terminales dispone de la compañía y apoyo de una pareja que le ayude a solventar las situaciones que se ameritan las necesidades de cuidados paliativos.

Tabla 4. Estrato social de los pacientes oncológicos en etapa terminal.

Estrato social	Nº	%
Nivel 1	7	58,33
Nivel 2	5	41,6
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

En lo que respecta al estrato social de los pacientes oncológicos encuestados se identifica que 58,33% están en un nivel 1 y 41,6% se encuentran en nivel 2.

Al analizar la información relativa al estrato social de los pacientes en etapa terminal que participaron en el estudio, se observa que la mayoría de ellos están en un nivel 1, lo que supone una instancia de muy bajos recursos lo que podría convertirse en una limitación o factor de riesgo para su enfermedad y el soporte de apoyo para el mantenimiento de los cuidados paliativos.

En el mismo sentido el estrato social 1, podría afectar las percepciones de los enfermos terminales que podrían hacer que los usuarios sientan satisfacción o perciban de manera positiva las acciones de cuidados profesionales que amerita su situación.

Tabla 5. Escolaridad de pacientes oncológicos en etapa terminal

Escolaridad	N°	%
Primaria incompleta	4	33,3
Primaria completa	1	8,3
Bachillerato incompleto	3	25,0
Bachillerato completo	2	16,6
Profesional o técnico	1	8,3
No estudio	1	8,3
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

En lo correspondiente a la escolaridad de los pacientes en estudio se identifica que 33,3% no terminó la primaria, seguido de 25% que no terminó el bachillerato, 16% que obtuvo título de bachiller y con igual porcentaje de 8,3% para pacientes con primaria completa y profesional o técnico e igualmente 8,3% que no cursó en ningún momento.

Al interpretar los datos proporcionados por los pacientes encuestados, se puede observar que la mayoría de ellos no completó la básica primaria y básica secundaria, por lo que se puede inferir que podrían tener carencias en cuanto al tema de autocuidado individual y familiar y de cómo sobrellevar esta etapa de la enfermedad.

4.1.1 Caracterización clínica de los sujetos de estudio

Tabla 6. Tiempo de diagnóstico de pacientes oncológicos en etapa terminal

Tiempo de diagnóstico en meses	Nº	%
Menos de un mes	3	25,0
1 a 12	3	25,0
13 a 24	1	8,3
25 a 36	1	8,3
37 y más	4	33,3
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

Con respecto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad de los pacientes oncológicos, se obtiene que 33,3% tienen 37 y más meses de diagnóstico, siguiendo con 25% que tienen menos de un mes de diagnóstico, mismo porcentaje que se presenta para pacientes de 1 a 12 meses y 8,3% para pacientes de 13 a 24 y 25 a 36 meses.

Al analizar la información se observa que el mayor tiempo de diagnóstico se encuentra entre 37 y más meses, seguido de menor de un mes y de 1 a 12 meses con igual porcentaje.

Tabla 7. Tipo de cáncer por sistema

Cáncer primario	Nº	%
Sistema linfático	1	8,3
Sistema urinario	2	16,6
Sistema digestivo	4	33,3
Sistema reproductivo	2	16,6
Sistema circulatorio	1	8,3
Sistema respiratorio	2	16,6
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

En cuanto al cáncer primario que afecta a los pacientes se encontró que 33,3% presenta cáncer a nivel de sistema digestivo, seguido de 16,6% que presenta cáncer en sistema urinario, al igual que el sistema reproductivo y respiratorio y por ultimo 8,3% que presenta cáncer a nivel de sistema linfático y circulatorio.

Al analizar esta información de los pacientes oncológicos encuestados, se encuentra que el sistema del cuerpo que es mayormente afectado por esta enfermedad es el digestivo, seguido de sistema respiratorio el cual presenta igual porcentaje del sistema reproductivo y urinario.

Tabla 8. Distribución de los pacientes oncológicos en etapa terminal en los diferentes servicios

Servicio de hospitalización	N°	%
3° unidad de transición	1	8,3
4° piso torre I	6	50,0
5° piso torre II	5	41,6
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

Las diferentes unidades donde se internan pacientes en etapa terminal en la entidad especializada son hospitalización 4to piso torre I con 50.0% del total de pacientes, seguido de 41,6% que encuentran en hospitalización 5to piso torre II y 8,3% en 3er piso unidad de transición.

Al analizar la información de los servicios donde se internan los pacientes en etapa terminal se encontró que en su mayoría están en el servicio de hospitalización que alberga pacientes particulares y por último la unidad de transición de cuidados paliativos que se utiliza con menor frecuencia para el servicio del pacientes en etapa terminal de su enfermedad.

Tabla 9. Religión que profesan los pacientes oncológicos encuestados

Religión	N°	%
Católica	9	75
Evangélico	2	16,6
Otra	1	8,3
Total	12	100

Fuente primaria: Encuesta

En cuanto a la religión que profesan los pacientes oncológicos encuestados observamos que la gran mayoría de estos profesan la religión católica,

presentando un 75% del total, por otra parte un 16,6% profesan la religión evangélica y en menor porcentaje con 8,3% otra religión.

Al analizar estos resultados y según la experiencia obtenida de las entrevistas, se observó que la gran mayoría de estos pacientes creen y se encomiendan a dios para poder enfrentar la enfermedad de la mejor manera posible, aun sabiendo que no están en la mejor situación posible, Dios y su familia son un aliciente para salir adelante y seguir luchando contra la enfermedad y cualquier tipo de adversidad que se pueda presentar.

Al analizar la tabla de la 1 a la 5 se observa que, en contra de lo esperado, la etapa terminal por cáncer esta predominando en sujetos jóvenes de sexo masculino con escolaridad hasta bachillerato incompleto y la mayoría de estos no tiene una pareja estable, sea por unión libre o por matrimonio. Estos resultados pueden deberse a que los sujetos jóvenes no le prestan atención a las campañas informativas sobre los signos de alarma cáncer y tampoco se realizan las pruebas de tamizaje que se promueven en los diferentes organismos de lucha contra el cáncer.

La distribución de la muestra es de especial interés para el estudio, pues, la edad de los sujetos podría incidir en alterar las percepciones del cuidado que reciben de enfermería, debido a que los adultos en estas enfermedades tienen en gran valor su autonomía y su capacidad de auto-eficiencia misma, la cual se ve afectada por la necesidad de cuidados directos por parte del profesional de enfermería.

Para enfermería estos resultados son de importancia, pues parecen indicar que no se está prestando el interés con la misma intensidad en los aspectos de prevención y diagnóstico precoz del cáncer en los hombres, a diferencia de las mujeres, asimismo podría ser que la educación para entender la problemática del cáncer se hace en las edades de adulto mayor siendo que el cáncer se puede presentar desde la gestación, durante la niñez y juventud.

Las tablas 6 a la 9 reflejan las características clínicas de los sujetos en estudio. Se resalta que cerca de un 60% de los casos alcanzaron la etapa terminal en menos de 24 meses de diagnóstico, se destaca que 1 de cada 5 pacientes terminales participantes fue diagnosticado del tumor primario y la etapa terminal en menos de un mes; tal situación evidencia múltiples fallas en procesos de prevención en relación con la enfermedad tumoral maligna. Es de interés resaltar que el 50% de estos pacientes se encuentran aun dentro del margen de tiempo establecido para superar completamente el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad. En consecuencia, estos pacientes pueden estar irritables, negativistas con relación a las actividades que deben realizarse para su cuidado, pudiendo diagnosticarse como pacientes en afrontamiento ineficaz o afrontamiento defensivo en su tratamiento.

En cuanto a los tipos de cáncer que predominaron en la muestra se destaca la incidencia en el sistema digestivo, con mayor presencia en estómago (3 pacientes) y en hígado (1 paciente); siguiendo con el sistema reproductivo en donde se encontró 2 casos de cáncer de mama; en sistema urinario se halló en próstata y vejiga (2 pacientes en total. 1 y 1 respectivamente) y en el sistema respiratorio con dos pacientes.

Tal situación permite identificar el posible impacto de los hábitos alimenticios y los estilos de vida en la exposición a riesgos potenciales cancerígenos externos evidenciando una vez más la problemática en la falta de conciencia sobre el autocuidado de la salud en todas las esferas de la vida, incluyendo alimentación, prácticas sexuales, evitar consumo de sustancias psicoactivas cancerígenas como alcohol y tabaco.

Por otra parte llama la atención que la mayoría de los pacientes terminales son internados en pabellones de hospitalización general en donde comparten espacios con demás pacientes no solo con la misma afección si no también con otras enfermedades, aspecto que si bien le permite al enfermo socializar también puede

ser incomodo por la administración de ciertos tratamientos específicos para los cuidados paliativos.

En cuanto el tema de la religión y sus creencias se puede observar que aún estando en el peor de los casos todavía tienen fé y se encomiendan a Dios, ven quizás una posible recuperación, lo cual es importante para la persona misma y su familia para no desfallecer y perder las esperanzas antes de tiempo.

Para enfermería los resultados implican por tanto que todo el personal de enfermería auxiliar y profesional debe estar preparado tanto física como psicológica para el abordaje en cuidados instrumentales, emocionales al enfermo y su familia quienes en este momento de sus vidas requieren apoyo para poder enfrentar las demandas que involucran la cercanía de la muerte de un familiar.

4.2 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL

Tabla 10. Nivel de aceptación de analgesia

Analgesia	Mucho		Poco		Nada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A gusto con el horario de los medicamentos	12	100	-	-	-	-
De acuerdo con el número y frecuencia de los medicamentos	12	100	-	-	-	-

Fuente primaria: Encuesta

El nivel de aceptación de la analgesia, es mucho con un contundente 100%, como se observa en los ítems descritos; en su totalidad los pacientes encuestados aceptan estos cuidados por parte del profesional de enfermería.

Tabla 11. Nivel de aceptación de la dieta

Dieta	Mucho		Poco		Nada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conformidad con las restricciones de dulces y harinas	10	83,3	2	16,6	-	-
Adaptación a la supresión de algunos alimentos	7	58,3	4	33,3	1	8,3
Satisfacción con la cantidad de alimentos proporcionados	7	58,3	4	33,3	1	8,3
Satisfacción con la calidad de alimentos proporcionados	8	66,6	2	16,6	2	16,6

Fuente primaria: Encuesta

En cuanto a la dieta, en los ítems conformidad con las restricciones de dulces y harinas se distribuye en un 83,3% en mucha y 16,6% en poca aceptación, continuando con adaptación a la supresión de algunos alimentos su aceptación fue 58,3% para mucho, 33,3% poco y 8,3% nada, en satisfacción con la cantidad de alimentos proporcionados tenemos que un 58,3% mucho, un 33,3% poco y 8,3% nada en la aceptación. En satisfacción con la calidad de alimentos proporcionados el nivel de aceptación fue 66,6 para mucho, un 16,6 para poco y nada.

Al analizar la aceptación de la dieta se encuentra que en su mayor porcentaje esta es aceptada, pero se debe tener presente que los ítems supresión de alimento y cantidad de estos representa en poca aceptación un porcentaje considerable.

Tabla 12. Nivel de aceptación de sociabilidad

Sociabilidad	Mucho		Poco		Nada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De acuerdo con las condiciones que impiden recibir visitas en ciertos periodos del tratamiento	7	58,3	5	41,6	-	-
Conformidad con el alejamiento de las labores cotidianas	2	16,6	2	16,6	8	66,6
Aceptación de los cambios físicos	1	8,3	7	58,3	4	33,3

Fuente primaria: Encuesta

En cuanto al nivel de aceptación de sociabilidad encontramos que en las condiciones que impiden recibir vistas en ciertos periodos del tratamiento, tiene un 58,3% mucho y poco con el 41,6%, en cuanto a conformidad con alejarse de las labores cotidianas expresan que nada 66,6 % y 16,6% poco y muchos aceptan esta condición, en cuanto a los cambios físicos encontramos a poco con 58,3%, nada 33,3% y 8,3 mucho.

Al analizar la información de niveles de aceptación de sociabilidad, encontramos que aceptan de manera positiva impedir visitas en algunos periodos del tratamiento, lo que no pasa con alejarse de las labores cotidianas que tiene el mayor porcentaje en nada, en cuanto a los cambios físicos propios de esta patología el nivel de sociabilidad, poco, tiene un porcentaje considerable.

Tabla 13. Nivel de aceptación de Cuidados instrumentales

Cuidados instrumentales	Mucho		Poco		No aplica	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conformidad con las curaciones diarias de heridas, ostomías y similares	9	75	-	-	3	25
Conformidad con la limpieza de dehiscencias de tejidos y de suturas	9	75	-	-	3	25
TOTAL	12					

Fuente primaria: Encuesta

En cuanto al nivel de aceptación de Cuidados instrumentales estos son aceptados en un 100% de manera positiva en los pacientes que aplica la condición.

Tabla 14. Nivel de aceptación de Cuidados personales

Cuidados personales	Mucho		Poco		Nada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfacción del baño por enfermería	9	75,0	3	25,0	-	-
Comodidad ante el acceso del personal de enfermería a las zonas intimas corporales	2	16,6	3	25,0	7	58,3

Fuente primaria: Encuesta

La distribución de Cuidados personales se encontró que un 75,0% está satisfecho con el baño que le proporciona enfermería y un 25,0% expresa que acepta poco

esta actividad, en cuanto al acceso del personal de enfermería a zonas íntimas corporales se les dificulta y lo aceptan en un 58,3% nada, poco un 25,0% y mucho un 16,6%.

Al analizar la aceptación de cuidados personales se evidencia conformidad con el baño por enfermería, en cuanto al acceso a zonas íntimas corporales es una situación nada aceptada por parte de los pacientes oncológicos en etapa terminal hospitalizados.

Tabla 15. Nivel de aceptación de estrategias que favorecen la calidad de vida

Estrategias que favorecen la calidad de vida	Mucho		Poco		Nada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorecimiento de tregua controlada en las restricciones dietarias	6	50,0	5	41,6	1	8,3
Favorecimiento de las restricciones de aislamiento de visitas	4	33,3	6	50,0	2	16,6

Fuente primaria: Encuesta

La distribución de nivel de aceptación a estrategias que favorecen localización de vida encontramos que un 50,0% acepta mucho la tregua controlada de las restricciones dietarias, un 41,6% poco y 8,3% nada. En cuanto a las restricciones de aislamiento de visitas aceptan en un 50,0% poco, 33,3% mucho y 16,6% nada.

Al analizar la aceptación que favorece la calidad de vida se encontró que en la tregua controlada de restricciones dietarias es aceptada en un valor significativo, pero aún se les dificulta asimilar esta situación, siguiendo con restricciones de aislamiento de visita se les dificulta en un porcentaje elevado someterse a esta situación.

Al revisar la información obtenida de las tablas 9 a la 11 se observa que hay mucha aceptación en cuanto a la administración de la analgesia, los pacientes en su totalidad aceptan el suministro y horario de todos los medicamentos por el personal de salud, en cuanto a lo que tiene que ver con la dieta de cada individuo apreciamos que las opiniones están divididas, ya que mientras unos aceptan la supresión de algunos alimentos otros por el contrario lo aceptan poco inclusive

nada, y quieren o anhelan probar de nuevo esos alimentos a los que antes estaban acostumbrados pero que ahora debido a su estado de salud no pueden disfrutar, en lo que respecta a la cantidad y calidad de los alimentos hay una percepción similar y denota que la mayor parte de los pacientes encuestados está conforme con lo antes mencionado, presentando porcentajes mayores a 50%. Siguiendo con el orden indicado llegamos a la parte de sociabilidad en la cual se presentaron unos resultados bastante contundentes, en primera parte y con un porcentaje de 58% los pacientes tenían mucha aceptación en cuanto a no recibir visitas en ciertos periodos de tratamiento, ya que ellos también necesitaban tiempo a solas para descansar como lo manifestaron algunos, por otra parte se les hacía muy difícil alejarse de las laborales que realizaban a diario mientras no estaban confinados a una cama, carecían totalmente de aceptación con un 66%; cifra casi alcanzada por la poca aceptación que tenían en cuanto a los cambios físicos que le había ocasionado la enfermedad con un 58%, sin pasar por alto que un 33% no tenía nada de aceptación en este punto tratado.

Según lo antes mencionado la corta edad en la que se encuentran la mayoría de los pacientes es un aliente para salir adelante, siguiendo todas las indicaciones que son impartidas por el personal médico; en lo que respecta a supresión de algunos alimentos y restricciones de dulces y harinas, así como los cuidados recibidos por parte de enfermería dentro de los cuales se incluye la administración de medicamentos estando de acuerdo con el horario y la frecuencia de estos por parte de todos los pacientes encuestados, lo que demuestra que aun guardan esperanza de salir adelante y superar su enfermedad.

Por otra parte no están muy conformes o augustos por los cambios físicos que les ha producido la enfermedad lo cual podría deberse a que no tendrían mucha aceptación por la sociedad en la que se desenvuelven, si se diera el caso de que saliera del confinamiento hospitalario, esto sumado al impedimento de levantarse de la cama y realizar actividades que normalmente hacían es una situación difícil de afrontar para ellos.

Por lo tanto para enfermería es de importancia saber esto, ya que si bien enfermería no está para ayudar a morir a las personas, si esta para aliviar y ayudar a salir de su enfermedad; dentro de lo posible, la situación irreversible por la que pasan estos pacientes lo hacen muy vulnerables y hay que tener el mínimo cuidado desde las acciones que se hagan para su tratamiento terapéutico hasta la forma de hablar y dirigirse hacia ellos.

Al analizar la información presentada en las tablas 12 a 14, se puede evidenciar el nivel de aceptación de los Cuidados brindados por enfermería en situaciones que los sujetos de estudio requieren intervención, se evidencia aceptación en un 100% con relación a la limpieza de dehiscencias de tejidos, de suturas y curaciones diarias de heridas, ostomias y similares, estos cuidados son propios del personal de enfermería y los sujetos expresan estar conformes con ellos. Aunque existen situaciones incómodas que son difíciles de afrontar con el acceso a zonas íntimas corporales esta situación expresada por más de la mitad de los pacientes participantes en el estudio se puede deber a que sin importar la condición clínica es incómodo que persona extraña accedan a zonas íntimas corporales, cuando hablamos de favorecimiento de la calidad de vida de un paciente en etapa terminal, frente a esta actividad el sujeto de estudio expresa poca aceptación, esto de ser por la limitaciones de visitas en que ellos se encuentran, “ a mí me gusta que me visiten mis familiares y amigos, soy una persona sociable”.

Para el estudio es de suma importancia los resultados de estas tablas por que ayuda a conocer la percepción de los sujetos participantes en la investigación de manera más específica y cuál de los cuidados es tiene más aceptación o por lo contrario el que presenta menos aceptación.

Estos resultados son de importancia para el profesional y auxiliar de enfermería por que ayudan a tener una perspectiva de que actividad de enfermería es menos aceptada y cual es más incómoda para el paciente, esto ayuda a diseñar unos cuidados donde la intimidad de los pacientes se vea menos afectada.

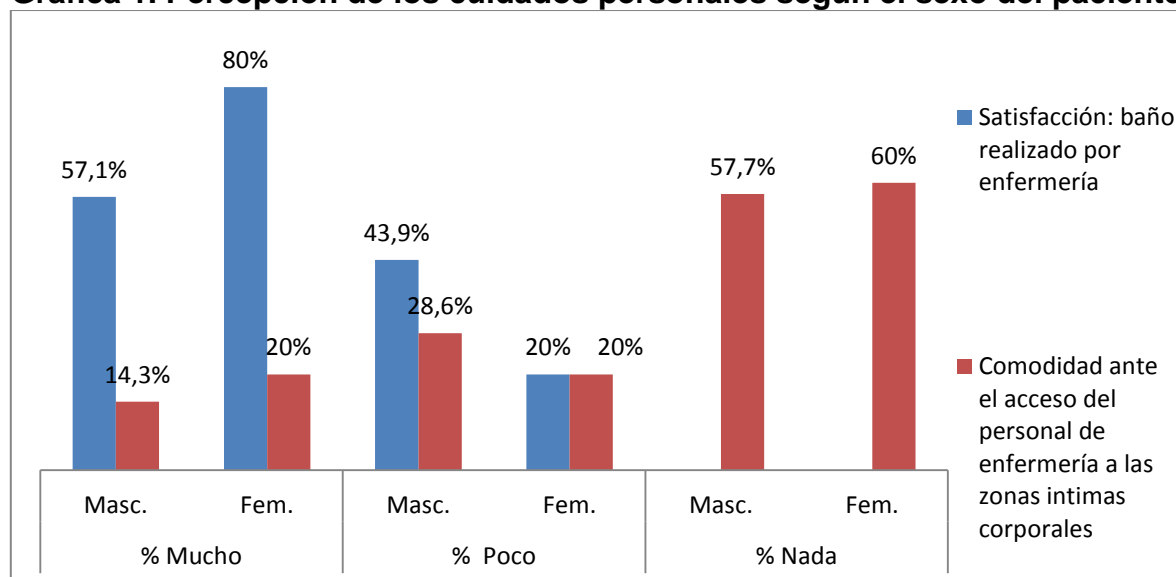
Al discriminar o detallar las acciones de cuidado susceptibles de generar dificultades en la percepción de los cuidados personales básicos, se eligieron con criterios fundamentados dos aspectos de los cuidados personales sobre la percepción de acuerdo con el sexo del sujeto de cuidados; en este cruce de variables se pudo identificar que con aparente independencia del sexo del entrevistado que el procedimiento más incómodo o percibido como inadecuado por el paciente es la realización de procedimientos de cuidados de enfermería que involucren el acceso a las zonas corporales íntimas de los pacientes.

Tabla 16. Percepción de los cuidados personales según el sexo del paciente

Cuidados personales	% Mucho		% Poco		% Nada	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Satisfacción: baño realizado por enfermería	57,1	80	43,9	20	-	-
Comodidad ante el acceso del personal de enfermería a las zonas íntimas corporales	14,3	20	28,6	20	57,7	60

Fuente primaria: Encuesta

Grafica 1. Percepción de los cuidados personales según el sexo del paciente



Fuente primaria: Encuesta

Los hallazgos permitieron identificar que entre los cuidados paliativos relativos al cuidado personal de los enfermos en etapa terminal, la percepción del nivel de satisfacción de las pacientes ante el baño asistido por enfermería es uno de los aspectos con menores niveles de aceptación; al cruzar esta variable según el sexo del paciente se observa que entre los sujetos de estudio de femenino la satisfacción por el baño asistido por Enfermería es superior (80%) al percibido por los sujetos masculinos (57.1%); esta diferencia porcentual indica en contraparte el nivel de percepción negativa, según la cual 20% de las mujeres y 42.8% de los hombres presenta un alto grado de incomodidad ante la realización de este procedimiento. Lo anterior puede ser debido al rompimiento de las necesidades de privacidad e intimidad que el baño asistido implica.

También se analizó la percepción de los pacientes acerca de su comodidad ante el acceso del personal de Enfermería a las zonas corporales íntimas de los pacientes; los hallazgos permiten identificar que 20% de los sujetos de sexo femenino y 14.3% del masculino se sienten muy cómodos ante este tipo de procedimientos; lo cual representa una importante carga de incomodidad para la contraparte representada en 28.6% de pacientes masculinos y 20% de pacientes femeninas que reportaron sentirse “poco” cómodos ante este tipo de actividades de enfermería. En el mismo sentido es de importancia destacar que 60% de las mujeres y 57% de los hombres expresaron sentirse “nada” cómodos con los procedimientos que involucran las zonas corporales íntimas.

Tales situaciones implican que los pacientes tanto masculinos como femeninos perciben estos cuidados como una amenaza a su intimidad; situación especialmente difícil si se considera que los mismos se encuentran en las etapas finales de sus vidas; por lo cual sería de interés analizar los procesos internos que puedan darse al interior de la IPS escenario del estudio para favorecer que los pacientes en etapa terminal tengan en el baño y demás cuidados personales las condiciones que preserven su dignidad e integridad; por ejemplo que estas

actividades sean asistidas por los familiares cercanos o que el mismo paciente si está en condiciones se apoye en Enfermería para la realización de las mismas.

Lo anterior permitirá no solo mantener las apropiadas condiciones de higiene y aseo personal, sino conservar o restaurar la dignidad, la seguridad y bienestar emocional de los pacientes ante estas acciones por demás cotidianas.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se entiende desde toda perspectiva teórica que el paciente oncológico en cuidado paliativo no tiene posibilidades de curación, en este estado de la enfermedad se presenta “como riesgo prematuro de muerte”²⁴, es decir que el paciente en esta fase no tiene cura, ni esperanza de restablecer el estado funcional de salud por lo cual deben considerarse las alternativas para brindar calidad de vida en los aspectos que mostraron importancia en este estudio como son las restricciones dietarias y las actividades de aseo personal y cuidados que involucran las zonas corporales íntimas.

La percepción de estos cuidados por parte de los pacientes evidencia al parecer, que los cuidadores formales están afectando de manera negativa la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida; “entonces el cuidado paliativo debe mitigar el dolor y otros síntomas, y proporcionar apoyo espiritual y psicológico, entendiéndose que en los cuidados paliativos no debe causarse incomodidad, ni vergüenza ni otro sentimiento negativo al paciente desde el momento del diagnóstico de la etapa terminal hasta el final de la vida”²⁵.

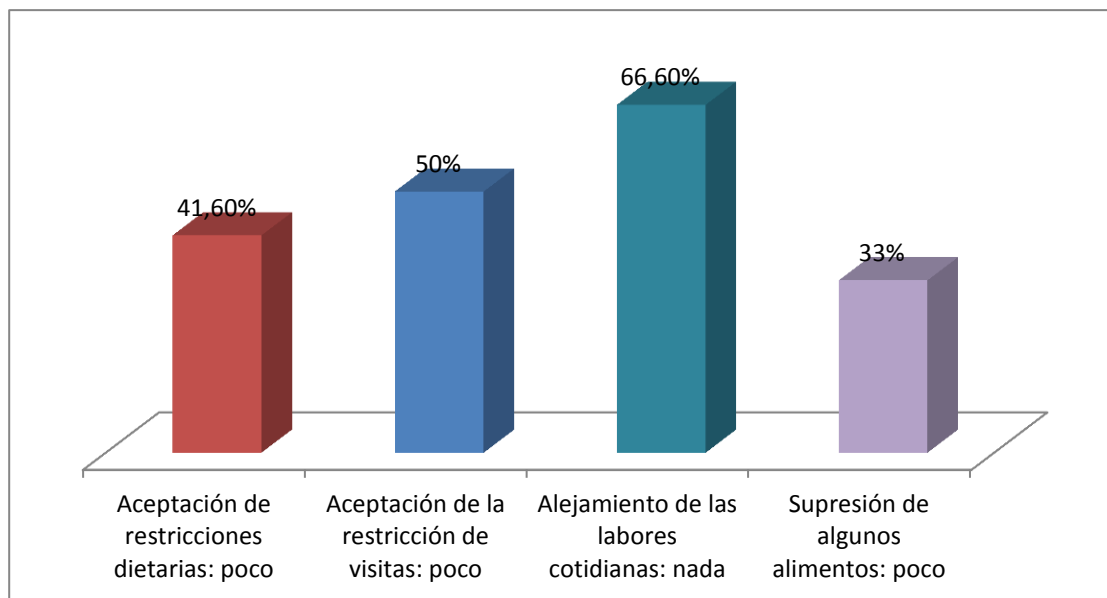
En los resultados se observa como el 100% de los pacientes perciben de manera positiva los cuidados instrumentales de Enfermería que pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad o en su condición de bienestar como las curaciones de heridas, cuidados de colostomía; los cuales pueden dispensarse con total seguridad desde la fase inicial de la enfermedad hasta el final de la vida; al respecto López ha expresado como producto de su investigación que en los cuidados paliativos se requiere de “poca tecnología y mucho tacto”²⁶.

²⁴ VANEGAS, Op. Cit., p.2

²⁵ OMS, Op. Cit., p.3

²⁶ López, Op. Cit., p.8

Gráfica 2. Grados de aceptación de los cuidados



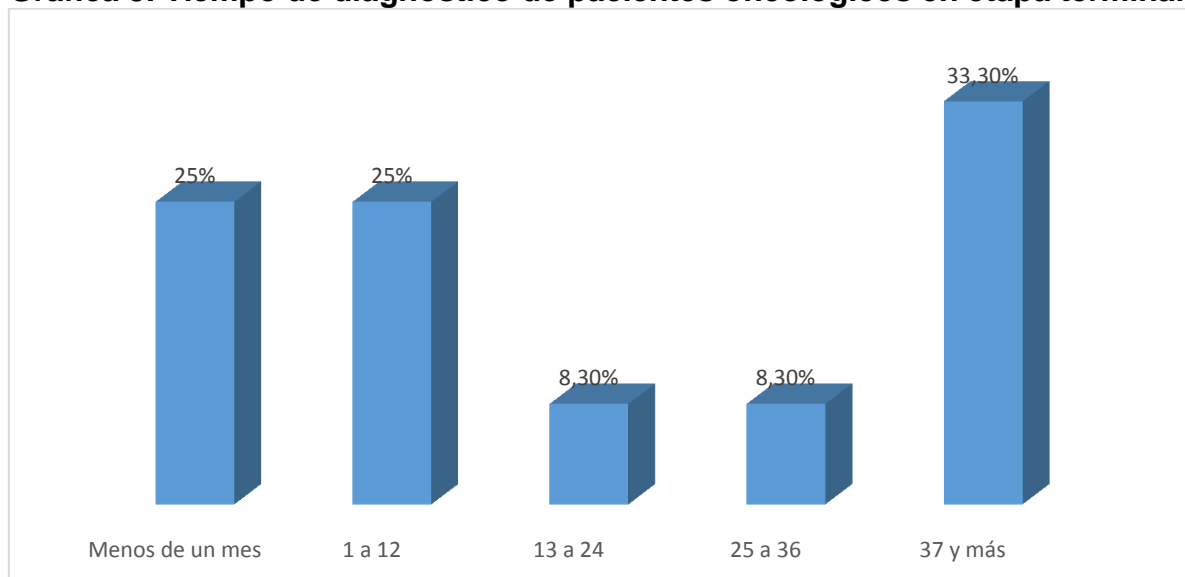
Fuente primaria: Encuesta

Se ha observado que ciertos cuidados de enfermería en la oferta de cuidados paliativos en Montería al parecer refleja en debida forma el principio de “ayudar a los seres humanos a morir en paz”²⁷; pues se están involucrando factores emocionales por la ruptura de la intimidad y la socialización que afectan negativamente aspectos de la calidad de vida de las personas en la fase terminal: desconociendo aspectos emocionales, espirituales, relativos al proceso de morir y los relativos al control personal”²⁸ en cuanto a las decisiones de recibir o negar las visitas.

²⁷ BERMEJO H, José y VILLACIEROS D, Marta. Op. Cit., p.5

²⁸ LOPEZ, Op. Cit., p.7

Grafica 3. Tiempo de diagnóstico de pacientes oncológicos en etapa terminal



Fuente primaria: Encuesta

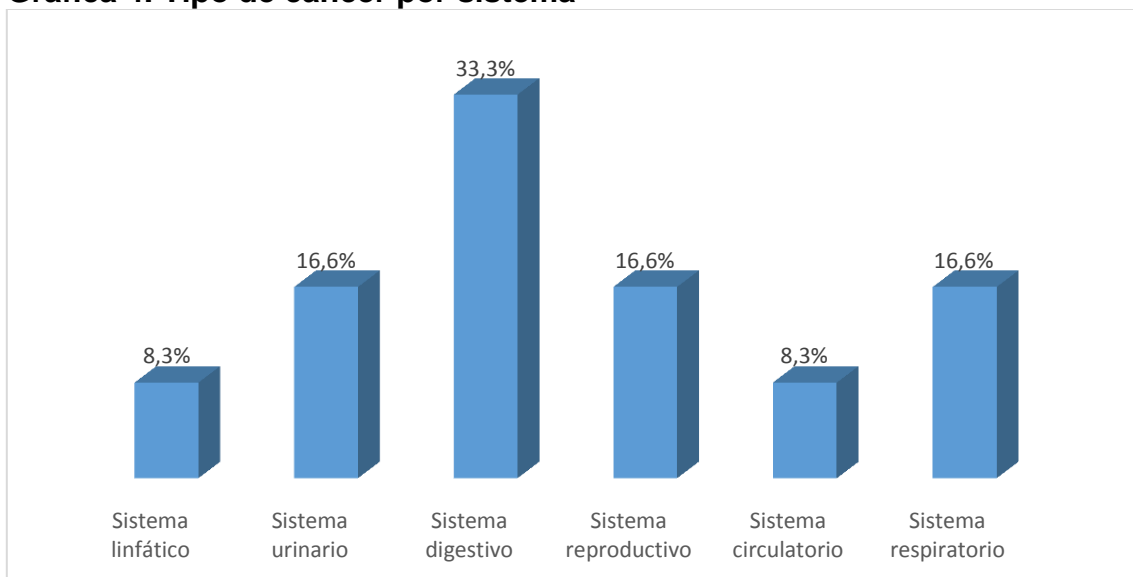
Al contrastar la información ofrecida en 2016 por American Cancer Society²⁹, donde se explica que la tasa de supervivencia en Estados Unidos es de un estimado de 5 años; estos resultados difieren a estas cifras pues en los casos de Montería la tasa de sobrevivencia es de dos años después del diagnóstico; se encontraron similitudes en cuanto a los tipos de cáncer que inducen a la condición terminal como son el cáncer de seno, de estómago y pulmón, en Montería también involucra el rápido estado terminal los cánceres de vías urinarias y sistema linfático y circulatorio.

La información de utilidad para las entidades de salud en la que se internan estos pacientes permite que se identifiquen alternativas y se formulen políticas humanizadas, sensibles a las percepciones de los pacientes en el sentido del respeto por la calidad de vida y los disfrutes de los pequeños placeres en pacientes con este tipo de cáncer terminal, que se han mostrado similares en diversos estudios, dando consistencia a los resultados; en tal sentido la IPS

²⁹ American Cancer Society. Op. Cit., p.3

escenario del estudio podría definir su protocolo de cuidados paliativos al paciente internado.

Grafica 4. Tipo de cáncer por sistema



Fuente primaria: Encuesta

Las decisiones tomadas por el paciente en aceptar o no los cuidados brindados por enfermería, son basadas en la percepción, esta decisión dependerá de la información brindada y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite aceptar o rechazar según se adecue o no a lo propuesto por el personal de enfermería, pero antes se apoya en la existencia de aprendizaje³⁰.

Es relevante incluir “las percepciones de los pacientes hospitalizados sobre el cuidado de enfermería esto refleja la satisfacción de ellos y sus familiares, esto puede llevar a tener indicadores positivos o negativos, datos que son importantes del proceso de atención en salud”³¹.

³⁰ NEISSER. . Op. Cit., p.1

³¹ TORRES. . Op. Cit., p.3

6. CONCLUSIONES

Las percepciones de los pacientes oncológicos en etapa terminal varían según la edad de estos, en la muestra de 12 pacientes hospitalizados, se caracterizó por ser en su mayoría jóvenes de 23 a 43 años de edad, predominando el sexo masculino.

En la revisión del estudio se evidencio que las necesidades emocionales de los pacientes oncológicos en etapa terminal, es tener un apoyo por parte de la familia pero en los sujetos de estudio se observa poca aceptación en la restricción de las vistas, un factor que puede afectar a estos pacientes, es que en su mayoría no presentaban un conyugue estable o tenía un estado civil de viudez.

Al estar enfermo y cerca del final de la vida surgen muchas preguntas. Esto puede iniciar o aumentar los pensamientos de naturaleza religiosa o espiritual y pueden ayudar al paciente afrontar la enfermedad y la muerte, evidenciando en el estudio que en su mayoría se encomendaban a Dios.

En la investigación realizada se evidencia, que las intervenciones de enfermería para resolver los problemas y satisfacer las necesidades de los pacientes oncológicos en etapa terminal que requieren cuidado paliativo con mayor nivel de aceptación son; analgesia, dieta y cuidados instrumentales.

Los cuidados paliativos son pilar fundamental de la atención a los pacientes oncológico en etapa terminal, han introducidos valores relevantes al plantear un atención integral basada en la necesidades de la persona y su entorno, en la toma de decisiones centrada en la autonomía del paciente y basada en la ética profesional que no se le cause ningún tipo de daño o hacerlos sentir vergüenza por el estado en que se encuentra.

7. RECOMENDACIONES

Los programas de formación de enfermería a nivel profesional o técnica vocacional incluyan la temática en teoría y práctica al paciente en etapa terminal, que por su característica necesita unos Cuidados diferenciales.

Que el personal de enfermería brinde mayor información en los centros de atención de primer nivel para conocer los signos de alarma del cáncer tanto para hombre como para mujeres en todos los grupos de edad.

Continuar con la realización de estudios más profundos sobre las necesidades, problemas físicos y emocionales de los pacientes con cáncer en etapa terminal que requieren cuidados paliativos.

Se sugiere seguir con la capacitación continua al personal de enfermería sobre su rol en los cuidados paliativos de los pacientes hospitalizados en etapa terminal.

8. BIBLIOGRAFIA

BEJARANO, Pedro y DE JARAMILLO Isa. Morir con Dignidad, Fundamentos de Cuidados

American Cancer Society. Tasa de supervivencia. [En línea]. [5 de mayo 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>

BERMEJO H, José y VILLACIEROS D, Marta. Componentes de la esperanza en situación de terminalidad. Estudio de desarrollo de una escala de medida. [En línea]. Ronda de Sant Pere, 19-21, 4º 5ª. Barcelona: Gerokomos. 2016. [Citado el 5 de marzo de 2017]. Disponible en : http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n3/03_originales2.pdf

GIRALDO T, Jenny. Enfermedad y muerte: un duro camino para vivir. Invest. educ. enferm., vol.26, n.2 (Ago - 2008), p.162-167.

HERNANDEZ A, Mauricio y LOPEZ L, Sergio. Diseño de estudios epidemiológicos. [En línea]. Salud pública Méx vol.42 n.2 Cuernavaca. [Citado el 5 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000200010#cuadro2

Instituto Nacional del Cáncer (NIH), Estadísticas del Cáncer. [En línea]. [Febrero 12 de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

LOPEZ SANCHEZ, Juan Rafael. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. Rev. Cienc. Salud. 2016, vol.14, n.1(Nov – 2016)., pp.53-61.

Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. [En línea]. 15 de mayo de 2015 [Febrero 12 de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf>

NEISSER, Ulric. percepción en escolares adolescentes. [En línea]]. Relamiese de pguardio, 1-2, 7ª. Barcelona: Gisonloimos. 2013. [Citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en : <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
Organización Mundial de la Salud (OMS), Cáncer, datos y cifras. [En línea]. Marzo 14 de 2016. [Febrero 12 de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>

PALACIOS-ESPINOSA, Ximena y ZANI, Bruna. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Divers.: Perspect. Psicol*, vol.10, n.2 (oct - 2014)., p162

Paliativos, Fundación Omega, Bogotá,(agot- 2011), p 292

RODRÍGUEZ R, José y SALAS G, Tania. Creencias de los escolares de educación primaria sobre los efectos del consumo de tabaco: investigación. [En línea]. C.P. 06725, Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016. [Citado 5 de marzo de 2017]. Disponible en : http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/79/124

SARMIENTO, María Inés EL CUIDADO PALIATIVO: En: *Revista Salud Bosque* Volumen. 1 Número 2; p.17-18

TAMARA, Liliana M. Estudio de cohorte descriptiva de los pacientes terminales atendidos médicamente en su domicilio en Bogotá. 2008-2012. *Rev. colomb. anestesiología*. . 2014, vol.42, n.2

TORRES, Claudia y BUITRAGO, Marcela. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS. En: *CUIDARTE*. Vol., 2 No.1 (sept-2011); p.139.

VANEGAS, María. Especialista en enfermería oncológica. Bogotá, D, c. 2008, p. 17. Atención de enfermería al familiar cuidador primario del paciente oncológico en cuidado paliativo. Pontificia universidad javeriana. Facultad de enfermería.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO – PERCEPCIÓN CUIDADOS PALIATIVOS

OBJETIVO DEL INSTRUMENTO: determinar la percepción de los pacientes oncológicos sobre los cuidados paliativos brindados en etapa terminal.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Edad ____ **Años cumplidos** **Sexo:** Masculino __ Femenino __ **Estado civil**____ **Estrato social**____ **Escolaridad**____ **Fecha de Diagnóstico:** DD ____ MM ____ AA ____ **Cáncer primario** ____ **Servicio de hospitalización** ____ **Religión:** Católico__ Evangélico__ Mormones __ Testigos de Jehová__ Pentecostalismo __ otra____ Ateo__

PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

El investigador procederá a leer las preguntas, cuantas veces sea necesario. Marcará con X la respuesta expresada por el paciente.

Aspecto en medición	Nivel de aceptación		
	Mucho	Poco	Nada
Analgesia			
Me siento a gusto con el horario de los medicamentos			
Estoy de acuerdo con el número y frecuencia de los medicamentos			
Acepto la administración de los medicamentos			
Dieta			
Estoy conforme con las restricciones de dulces y harinas			
Me he adaptado a la supresión de algunos alimentos			
Estoy satisface la cantidad de alimentos proporcionados			
Me satisface la calidad de la alimentación			
Sociabilidad			

Estoy de acuerdo con las condiciones que impiden recibir visitas en ciertos periodos del tratamiento			
Estoy conforme con alejarme de labores cotidianas			
Acepto los cambios físicos			
Cuidados instrumentales			
Estoy conforme con las curaciones diarias de heridas o de ostomias y similares			
Estoy conforme con las limpiezas de dehiscencias de tejidos y de suturas			
Cuidados personales			
Me satisface el baño asistido por Enfermería			
Me siento cómodo ante el acceso del personal a las zonas intimas corporales			
Estrategias que favorezcan la calidad de vida			
Me favorece los espacios de tregua controlada en las restricciones de dietas			
Me favorece las restricciones de aislamiento de visitas			
¿Está de acuerdo con las horas de sueño?:			
¿Le gustaría que eliminaran algunas restricciones dietarías?:			
¿Se le proporciona bienestar?:			
¿Acepta usted las situaciones propias de su vida actual?			

**ANEXO B
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
INVESTIGACIONES**

**INVESTIGACIÓN: PERCEPCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS FRENTE A CUIDADOS
PALIATIVOS.**

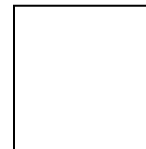
Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación, autorizo al grupo investigador conformado por Fernando Antonio Navarro Álvarez y José Fernando Vega Mora estudiantes de la Universidad De Córdoba del Programa De Enfermería, para la realización de una entrevista y una grabación de audio de la misma. Acorde con lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 se me informó por parte del equipo investigador que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad De Córdoba bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma



C.c No. _____ **de** _____

Testigo1 _____ **Parentesco** _____

Testigo2 _____ **Parentesco** _____